

405

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

N°

THÈSE

POUR

1e Doctorat en Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'

APPENDICECTOMIE PAR VOIE LOMBAIRE

AU COURS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU REIN MOBILE DU COTÉ DROIT

PAR

Esprit - Ernest - François LECHEVALLIER

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Fougères (Ile-et-Vilaine), le 5 Juin 1883.

Président: M. SAMUEL POZZI, *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agréés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LÉRI	RETTERER
BRANCA	GRÉGOIRE	LÉPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions é mises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI,

Professeur à la Faculté de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital Broca,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE RENNES

Monsieur le PROFESSEUR DAYOT, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, 1902-1903.

Monsieur le PROFESSEUR BERTHEUX, Médecin de l'Hôtel-Dieu, 1902-1903.

EXTERNAT :

Monsieur le PROFESSEUR BERTHEUX, Médecin de l'Hôtel-Dieu, 1903-1904.

INTERNAT :

Monsieur le PROFESSEUR BERTHEUX, Médecin de l'Hôtel-Dieu, 1904-1905.

Monsieur le PROFESSEUR BRUTÉ DE RÉMUR ; Monsieur le DOCTEUR ASSICOT. Services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, 1905-1906.

A mes autres maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes :
Messieurs les PROFESSEURS LHUISSIER, LAUTIER,
BODIN, LE DAMANY.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

EXTERNAT :

Monsieur le PROFESSEUR QUÉNU (Hôpital Cochin), 1906.

Monsieur le PROFESSEUR WIDAL,

Monsieur le D^r LEMIERRE (Hôpit. Cochin), } 1907-1908.
M. le D^r BARIÉ, Méd. de l'Hôpit. Laënnec. }

INTERNAT PROVISOIRE :

M ^r le D ^r SÉGLAS. Méd. de l'Hosp. de Bicêtre,	1908-1909.
Monsieur le D ^r ROUBINOVITCH —	1908 1909.
Monsieur le D ^r A. RICHE, —	1908-1909.

INTERNAT :

Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL REYNIER, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière, 1909-1910.

Monsieur le DOCTEUR MICHAUX, chirurgien de l'hôpital Beaujon, 1910-1911.

Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ JALAGUIER, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, 1911-1912.

Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, 1912-1913.

Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, 1912-1913.

A mes autres maîtres dans les Hôpitaux de Paris : M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE DUVAL ; MM. les D^{rs} CHIFOLIAU, VEAU, BAUMGARTNER, WIART, LAPOINTE, chirurgiens des hopitaux ; Monsieur le D^r VILLANDRE.

La question que nous nous proposons d'étudier ici touche à la fois à un point de technique intéressant, en même temps qu'elle ressortit à une association pathologique, relativement assez fréquente.

Il n'est pas rare en effet de rencontrer en même temps qu'une ptose du rein droit, des troubles plus ou moins graves, dûs à une altération de l'appendice.

Et dans quelques cas, le chirurgien a pu être surpris que les divers symptômes dus à la chute du rein, n'aient point disparu après la néphropexie, et que seule une appendicectomie secondaire a permis de supprimer complètement.

Ayant eu l'occasion, dans le service de notre maître, le professeur agrégé Rieffel, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, de rencontrer quelques cas de néphroptose avec symptômes d'appendicite chronique; il nous a paru intéressant de fixer la technique de l'intervention et de rappeler la fréquence relative de ces deux affections concomitantes.

Si l'on cherche en effet à rappeler les éléments pathogéniques qui concourent à la constitution du rein mobile, nous verrons que beaucoup font relentir égale-

ment leur effet sur l'intestin. Et d'un autre côté, en étudiant rapidement la symptomatologie de la néphroptose, nous nous rendrons facilement compte que bien des signes de cette affection peuvent se rapporter à l'autre, et par conséquent il faudra toujours penser à une lésion appendiculaire chronique possible, quand on examinera un sujet porteur d'un rein mobile à droite.

Il est classique de rappeler la fréquence plus grande du rein mobile chez la femme, mais si la proportion de 10 à 12 pour 100 de femmes souffrant de cette affection, paraît à peu près exacte, il s'en faut pourtant que toutes en présente autre chose que les symptômes physiques. Et dans quelques cas, c'est pour un syndrome appendiculaire que nous verrons les malades, et c'est au cours de notre examen seulement que nous constaterons la ptose rénale. Toutefois, le rein droit est bien plus souvent, que son homologue du côté gauche, en ptose, et c'est là un fait qui doit retenir notre attention.

On connaît bien aujourd'hui l'importance, au point de vue pathogénique, des grossesses et du port du corset. La présence de la masse hépatique du côté droit vient aussi entrer nettement en ligne de compte; et si nous nous rappelons que normalement le rein droit est plus bas situé que le gauche, on comprend pourquoi l'affection prédomine de ce côté. C'est en effet, par l'intermédiaire du foie que le corset, comprimant la base thoracique et l'abdomen, viendra refouler le rein au cours des mouvements respiratoires. Et enfin, comme l'a bien

montré Albarran, il existe encore une raison anatomique qui explique la prédominance marquée du rein mobile chez la femme. La fosse lombaire, chez elle, est plus largement évasée que celle de l'homme, en même temps qu'elle est moins haute.

Nous ne saurions insister sur les diverses autres causes qui peuvent gêner l'organe dans sa fixation, telles que l'abouchement dans la veine rénale gauche de la veine capsulaire moyenne du même côté, alors qu'à droite, ces deux canaux vont rejoindre directement la veine cave inférieure. On a invoqué également en faveur du maintien de la glande gauche dans sa loge la présence du fascia de Toldt qui double la face profonde du péritoine en avant du rein de ce côté.

L'importance de la prédisposition congénitale, sur laquelle a particulièrement insisté Albarran, la théorie de la dégénérescence, la notion d'hérédité gardent toute leur valeur dans le cas de ptose rénale pure. Au contraire, l'entéroptose qu'on signale et qu'on trouve très souvent associée à la néphroptose, au point que certains auteurs ont cru devoir faire dépendre celle-ci de celle-là; conserve une valeur notable en ce qui touche à l'établissement d'une lésion chronique appendiculaire. Et ici de nouveau l'influence des grossesses répétées, en même temps qu'elles relâchent les parois abdominales, qu'elles favorisent les ptoses viscérales, peut encore se faire sentir sur l'intestin; en entretenant des états morbides que la constipation, si fréquente chez les femmes enceintes, et les troubles qui en dérivent, ne peuvent qu'accentuer.

Enfin, l'on connaît l'importance de la capsule adipeuse du rein, surtout à la partie inférieure de la loge, où elle constitue le seul moyen de soutènement, formant un véritable nid à la glande; ainsi que celle de la couche graisseuse postérieure de Gérota. On sait le rôle prépondérant qu'elles jouent dans la fixation du rein, et l'on conçoit donc facilement la possibilité de ptose rénale chez les sujets amaigris quel que soit du reste la cause de cet amaigrissement.

Nous indiquerons toutefois que les lésions du tube digestif interviennent fréquemment dans l'étiologie des amaigrissements et par conséquent il peut y avoir dans ces cas une cause amenant un double effet, chute de la glande urinaire, localisation possible de la lésion à l'appendice.

Nous ferons remarquer, en rapport avec cette notion, la place que tient quelquefois la tuberculose dans ces cas (Observation VII).

L'appareil génital de la femme fait retentir également son action sur le rein. Albarran a insisté sur la congestion rénale normale au moment des règles, de plus, si nous tenons compte du brusque changement apporté à la tension intra-abdominale par les accouchements ou l'ablation de tumeurs génitales un peu volumineuses — fibrome utérin ou kystes ovariens, on comprendra la prédominance si marquée de la néphroptose chez les femmes.

L'appendicite relève de son côté d'une grande complexité de causes et si nous n'avons pas ici à examiner l'étiologie et la pathogénie des appendicites aiguës,

dont le rôle semble de moindre importance, dans les cas qui nous intéressent, il nous faut toutefois relever avec soin tous les faits qui aboutissent à la constitution des affections chroniques de l'appendice.

Plusieurs facteurs peuvent être considérés et qui jouent en même temps un rôle important dans la ptose rénale.

En outre des relâchements des viscères abdominaux qui nous ramènent aux diverses causes déjà étudiées, il faut de nouveau insister sur les affections génitales de la femme, et les lésions chroniques de l'intestin.

On sait le retentissement si fréquent, et que la pratique journalière vient encore confirmer, des annexites sur l'appendice. Il y a entre les deux organes trompes, et surtout trompe droite, et appendice échange de mauvais procédés. C'est là une notion admise et bien connue aujourd'hui et qu'il paraît banal de rappeler. Toutefois nous ne saurions la laisser de côté — car elle permet d'admettre que si la fréquence de l'appendicite — surtout dans ses formes aiguës et subaiguës, paraît plus grande chez l'homme, la proportion des statistiques chez la femme prend de son fait une valeur beaucoup plus considérable. L'examen, en effet, de toute génitale permet, dans bien des cas, de noter, en outre des troubles annexiels une symptomatologie nettement appendiculaire ; et au point de vue pathologique les idées Clado, si elles ont pu être discutées par les anatomistes, gardent toute leur importance. Salpingites chroniques et appendicite chronique sont bien souvent concommittantes et associées. Restent les lésions chro-

niques de l'intestin. Il devient, dans ces cas, difficile de trancher la question. Et si bien des fois le catarrhe muco-membraneux avec tout son cortège de symptômes qu'on observe si fréquemment est lié aux altérations appendiculaires d'où il dérive, a pu être guéri par l'appendicectomie, il y a sans conteste des faits où le mauvais état du gros intestin a retenti secondairement sur l'appendice. En effet, colon pelvien, angle colique gauche, colon droit et cæcum tels sont les points plus particulièrement lésés. Et l'on conçoit aisément que la localisation des lésions à l'appendice, ce cæcum du cæcum, comme a pu le nommer Segond, soit plus faciles et plus profondes que sur toutes les autres parties du tube intestinal. Sa situation même, la relation anatomique qui existe d'après Ely, entre le colon droit, l'angle hépatique et le pôle inférieur du rein droit; sa forme de tube clos, — à son extrémité libre — la stase du bol alimentaire au sortir de l'iléon, tout concourt à entretenir sinon à déterminer sa lésion.

A leur tour, le mauvais état du tube digestif, la résorption des toxines qui ont pu s'y produire, amène une surcharge de travail du système rénal et augmente encore les signes fonctionnels dus à la ptose.

C'est elle, semble-t-il, qu'il faut invoquer fréquemment quand on remonte à la source pathogénique, et nous pouvons admettre avec bien des auteurs, en particulier Tuffier, puis Legueu, qu'elle relève, ainsi que ses complications, « d'une insuffisance physiologique se rattachant elle-même à une lésion supérieure nerveuse,

qui se traduit par des troubles de la nutrition des systèmes nerveux, musculaire et fibreux. »

Etiologie et pathogénie souvent connexes, parfois communes, tels sont les résultats que nous devons retirer de l'étude des faits, sans qu'il soit encore aujourd'hui permis de distinguer plus nettement et de classer les causes en catégories distinctes.

L'étude des symptômes va venir encore nous montrer cette communauté qui rattache l'une à l'autre les deux affections.

Le rein mobile, quelque soit d'ailleurs son degré de déplacement, nous présente à noter deux grands ordres de symptômes, des signes physiques et des signes fonctionnels.

Néanmoins, dans la plupart des cas, le début est lent et insidieux et il est rare de le noter brusque et violent.

Les signes physiques se caractérisent par la situation ectopique de l'organe. On le recherchera par la palpation bimanuelle (procédé d'Israël) ou pour le procédé du ponce de Glénard ou bien encore par la recherche du ballottement rénal de Guyon.

Le sujet est étendu dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis légèrement; il respire largement, une main sous les fausses côtes, l'autre sous le plan latéral postérieur, en dehors de la masse sacrolombaire, explorent la partie inférieure de la fosse lombaire, les doigts dirigés vers la tête du malade.

Dans quelques cas on aura avantage à explorer le rein, le malade étant non plus dans la position horizontale, mais demi-assis ou même debout.

On se souviendra que le ballottement rénal en particulier, ne peut être perçu, même chez les sujets amaigris, à l'état normal. Plusieurs degrés de déplacement peuvent être notés.

Ou bien on sentira le rein sans pouvoir le saisir. Ce sont là les déplacements les plus légers, ou bien le pôle supérieur peut être perçu au-dessous du gril costal, et les mains vont l'empêcher de remonter; enfin, le déplacement est très marqué; le rein est senti dans l'abdomen autour de l'ombilic. Il peut être réductible ou non, libre ou au contraire adhérent. Dans ces cas, il peut être quelquefois difficile à reconnaître.

Il apparaît en général comme une tumeur allongée, globuleuse, filant sous les doigts. Mais les symptômes fonctionnels présentent des caractères qui vont se superposer à ceux de l'appendicite chronique. Ils sont marqués surtout par la douleur.

Bien souvent, c'est une simple gêne, de la lourdeur, une sensation de pesanteur, que les malades accusent dans la fosse lombaire, fréquemment à la suite de fatigues d'une marche, d'une station debout prolongée, d'une promenade en voiture.

Dans d'autres cas, au contraire, on pourra noter de véritables crises, variables dans leur intensité et leur durée. Ce sont parfois des douleurs très violentes, survenant brusquement et s'irradiant comme dans colique néphrétique, c'est-à-dire vers le bassin et la vessie, le membre inférieur du côté droit.

Elles s'accompagnent du cortège symptomatique de la colique néphrétique avec vomissements, oligurie, et

anxiété parfois extrême. Le repos absolu au lit s'impose alors et va soulager le malade.

A côté de la douleur, les troubles nerveux tiennent une grande place dans les formes qui nous occupent. Ils sont extrêmement variables et comparables à ceux qui caractérisent le syndrome utérin, qui pourrait être du reste en cause lui-même, lié alors à une lésion annexielle. Aussi l'examen de l'appareil génital s'impose-t-il.

Quoiqu'il en soit, on pourra noter des troubles du caractère, de l'instabilité, des névralgies, et même parfois de la neurasthénie et de l'hystérie.

Mais les troubles digestifs nous intéressent encore davantage.

Albarran les classe en trois variétés : ceux liés à une compression, ceux qui ressortissent à des phénomènes nerveux réflexes et enfin ceux qui relèvent directement de l'entéro-ptose. Ils sont marqués surtout par une dyspepsie atonique avec constipation, digestions lentes, pénibles, pouvant s'accompagner de dilatation stomacale réflexe. Dans d'autres cas, il s'agit de crises gastralgiques avec hyperchlorhydrie ou bien encore de crises de vomissements.

Les signes fonctionnels se rapprochent beaucoup de ceux que nous pouvons noter dans l'appendicite chronique et comment, du reste, pourrait-il en être autrement?

Ici encore la douleur est au premier plan, mais la localisation au point de Mac Burney est souvent peu

précisée par le malade et c'est la palpation qui permettra sa fixation en ce point.

Elle se manifeste ici encore par des caractères assez vagues et imprécis. Sensation de pesanteur, de gêne dans la fosse iliaque droite, sensation de barre à l'épigastre, de poids à l'ombilic. Elle est augmentée par la fatigue, la marche, les promenades en voiture, les voyages.

L'alimentation retentit sur elle pour l'augmenter ou au contraire la faire disparaître, ou l'atténuer suivant le régime.

Enfin, ses irradiations sont variables. Vers l'hypogastre et la région hépatique, elle se continue souvent vers le bassin ou la vessie et le membre inférieur droit. Ce qui s'explique bien par les rapports anatomiques. Enfin souvent souvent discontinuée, la douleur est réveillée par certaines positions du sujet et, fait important, le repos au lit dans le décubitus dorsal, la réveille fréquemment. Toutefois, le point de départ en est toujours à la fosse iliaque droite et c'est là une notion de grande valeur pour le clinicien qui s'attache à la bien mettre en lumière.

Les troubles digestifs très importants, présentent comme ceux du rein mobile, des caractères de variété et d'imprécision extrême. Mais on retrouve toujours la constipation. Marquée souvent par des périodes de constipation absolue pendant plusieurs jours, elle est entrecoupée de selles diarrhéiques et peut s'accompagner d'un degré plus ou moins accentué d'amaigrissement.

L'estomac lui-même présente souvent une réaction accusée par de la gastralgie, de l'atonie, parfois avec hyperchlorhydrie, de la dyspepsie. On pourra noter une faim douloureuse, des coliques brusques pendant le repas, une constipation avec selles muco-membraneuses ou glaireuses, ou bien au contraire de l'atonie gastrique avec pesanteur, éructation, flatulences.

Les vomissements présentent un gros intérêt, souvent cycliques, survenant après une période de malaises gastriques, ils peuvent être provoqués par l'ingestion de certains aliments, les graisses ou les sauces. Ces accidents sont souvent irréguliers et capricieux.

Enfin l'état général peut-être sérieusement touché. On notera de l'amaigrissement, avec un faciès spécial, le visage est tiré, les yeux cernés, la bouche mauvaise. Quelquefois des troubles vertigineux seront relevés.

Les signes physiques nous aideront au diagnostic. On retrouvera toujours la douleur au point de Mac Burney, ou bien un peu plus bas, au point de Lanz.

Cette appendicalgie est capitale. Mais on devra toujours compléter l'examen par une palpation attentive et soigneuse de la fosse iliaque. On pourra noter une véritable induration du fond de la paroi en plaque de blindage; le cæcum est quelquefois dur, tendu, douloureux, sonore à la percussion, il est le siège de gargouillements.

Enfin, plus rarement, on pourra sentir l'appendice lui-même sous forme d'un cordon dur et douloureux, roulant sous le doigt.

La symptomatologie nous montre combien les signes

fonctionnels des deux affections se rapprochent les uns des autres et qu'ils sont bien souvent superposables.

Ceci expliquera la difficulté du diagnostic, réelle surtout dans l'interprétation des lésions. Seuls, par conséquent, les signes physiques présentent à ce point de vue un intérêt marqué et l'on sait combien sont nombreux les malades chez qui des troubles mal déterminés gastro-intestinaux douloureux ont pu faire porter après examen approfondi, un diagnostic d'appendicite chronique et de rein flottant. En effet, la coexistence des deux affections est beaucoup moins rare qu'on peut penser quand on la recherche et comme il arrive dans quelques cas. (Voir dernière observation), c'est la recherche des signes physiques qui permettra de dépister la double lésion.

L'anatomie pathologique ne nous fournit pas non plus grands éléments, nous permettant de rattacher par des faits visibles les deux affections l'une à l'autre.

Au cours du traitement du rein flottant, le chirurgien surtout note la disparition de la graisse, l'épaississement de la capsule, des bosselures du rein, et enfin des irrégularités, et même des coudures fixes ou non de l'uretère. Ce sont elles qui expliquent les crises rappelant la colique néphrétique, et qui peuvent entraîner un certain degré d'hydronéphrose. On a pu dans quelques cas remarquer une véritable torsion du rein.

Dans l'appendicite chronique, les lésions macroscopiques sont elles-mêmes très peu accusées, et c'est le microscope qui dans la plupart des cas permettra de

décéler l'atteinte du viscère. Toutefois, on a pu noter des étranglements de l'organe, une induration en un point, souvent à l'extrémité, parfois une adhérence indiquant une réaction inflammatoire ancienne plus vive.

D'autre fois, seules des lésions histologiques pourront être décélées. Macroscopiquement, l'appendice ne semblant pas altéré, on peut relever alors des cicatrices fibreuses; la destruction des glandes en tubes, des abcès microscopiques, des végétations. C'est dans ces cas qu'on a pu dépister une appendice chronique tuberculeuse. Enfin, rappelons quelquefois la présence de parasites: oxyures ou œufs de trichocéphales.

Les diverses observations que nous avons pu relever ne peuvent que démontrer la connexité, la superposition et souvent la confusion des symptômes observés dans l'examen des formes cliniques.

OBSERVATION I (Personnelle)

V...., jeune femme de 26 ans, entre le 23 septembre 1912 à l'hôpital St-Louis, dans le service de notre maître le professeur agrégé Rieffel.

Un enfant. Elle souffre depuis deux ans de douleurs dans le ventre, douleurs augmentées par la fatigue. Les digestions sont lentes, pénibles. Les selles sont rares, ne survenant que tous les quatre ou cinq jours. Parfois, entre temps poussées diarrhéiques. L'état général est relativement bon toutefois. La langue est saburrale, le colon gauche distendu est spasmodique, peu douloureux, surtout par

rapport au côté droit. A ce niveau la palpation réveille une douleur très précise au point de Mac Boney, avec une défense nette du plan musculaire abdominal. En recherchant le ballottement rénal, on note une ptose du rein droit qu'on sent facilement et qui descend au-dessous du foie. On peut reconnaître par la manœuvre d'Israël la presque totalité de l'organe; les urines sont émises normalement. L'examen de l'appareil génital ne révèle rien de spécial.

L'auscultation ne permet de ne rien noter d'anormal ni au niveau du cœur ni aux poumons. L'examen des urines ne décèle ni la présence d'albumine, ni celle de sucre. On pose le diagnostic de ptose rénale droite avec appendicite chronique.

Opération le 14 octobre 1912. Appendicectomie par voie lombaire par le procédé que nous décrivons. Néphropexie suivant la technique d'Albarran. Pas de drainage. Les suites sont simples. La malade sort en bon état le 5 novembre suivant.

La malade revue en janvier 1913, est bien. Les douleurs ont disparu, l'appétit est revenu. La constipation a cédé et l'intestin reprend normalement ses fonctions. Le rein est en place, on ne peut le sentir. La cicatrice est souple, non douloureuse. Le cæcum légèrement empâté ne provoque plus qu'une très légère sensibilité à la palpation profonde.

OBSERVATION II (Personnelle)

Eug. F..., femme de 26 ans, entre le 15 octobre 1912, dans le service du Docteur Rieffel, à l'hôpital St-Louis.

Deux enfants, accouchements normaux. Depuis près de trois ans, après sa première grossesse, elle souffre dans la fosse lombaire droite, mais déjà plusieurs mois auparavant

était constipée. N'allait à la selle que tous les trois ou quatre jours. Elle se plaint également de troubles dyspeptiques caractérisés par la lenteur des digestions. Après le repas, sensation de pesanteur à l'épigastrie, tendance à la somnolence; en même temps apparaissent des renvois accompagnés quelquefois mais rarement de rejets de quelques particules alimentaires. L'appétit est diminué et un amaigrissement léger peut être noté. Depuis deux mois l'état s'est aggravé, les douleurs du côté du rein sont de plus longue durée, plus pénibles et la fosse iliaque plus sensible également, déterminent la malade à venir consulter notre maître.

A l'examen on peut noter une douleur diffuse occupant le contour des colons gauche et droit, avec maximum très net dans la fosse iliaque droite. Sensibilité marquée au point de Mac Burey, avec défense musculaire quand on enfonce un peu profondément la pulpe de l'index. On trouve le rein droit abaissé, la palpation bimanuelle permet de sentir son pôle supérieur. Appendicite chronique avec rein mobile, tel est le résultat diagnostique que permet de porter l'examen.

Poumons et cœur normaux.

Urines: sucre, 0; albumine, 0.

Opération le 19 novembre 1912. Incision lombaire rectiligne prolongée en dehors et en bas vers la crête iliaque. Appendicectomie. Néphropexie suivant la technique d'Albarran. Pas de drainage.

Suites bonnes. La malade sort en bon état le 12 décembre 1912. Malheureusement, n'a pu être revue.

OBSERVATION III (Personnelle)

Mme D..., 33 ans. Cinq enfants dont trois morts en bas âge. La malade vient consulter parce qu'elle souffre depuis

dix ans. Elle se plaint de coliques intestinales pénibles survenant après les repas et laissant place à un endolorissement général de l'abdomen.

L'appétit est très diminué. Les digestions sont pénibles, souvent douloureuses, s'accompagnant d'aigreurs, d'éruc-tation, souvent de vomissements. La fosse lombaire est le siège d'une sensation de pesanteur gênante qui s'aggrave après une marche un peu longue et même toute fatigue entraînée par les soins du ménage, la montée des escaliers.

La constipation oblige la malade à prendre fréquemment « des rafraichissants » ou des laxatifs. Elle est coupée de selles diarrhéiques. Une ou deux fois, Mme D... a remarqué la présence de peaux dans ses matières.

A l'examen, malade amaigrie. L'estomac est un peu dilaté, la palpation à son niveau ne détermine pas de sensation pénible.

Le gros intestin est douloureux. Colon gauche spasmodique. Mais la fosse iliaque droite est surtout le siège d'une sensibilité marquée.

Douleur nette réveillée au point de Mac Burney, avec contracture légère de défense. Rein mobile droit. On peut sentir le pôle inférieur qui est douloureux. L'examen de l'appareil génital indique une sensibilité légère de la trompe droite mais sans empâtement du cul de sac vaginal de ce côté, ni augmentation de volume des annexes ni de l'utérus.

Poumons: rien d'anormal, non plus qu'au cœur.

Urines: albumine, 0; sucre, 0.

On porte le diagnostic du rein mobile droit avec appendicite chronique.

Opération le 14 avril 1913. Appendicectomie par voie lombaire et néphropexie (procédé d'Albarran).

Suites simples : la malade sort le 17 mai 1913.

Revue le 10 juin, son état déjà amélioré nécessite un traitement médical.

La cicatrice souple n'est pas douloureuse. Le rein est parfaitement en place.

Les digestions, encore longues, ne sont pas douloureuses. Les vomissements, les coliques ont disparu. La malade se plaint encore de temps en temps d'éruclations.

La constipation, légèrement diminuée, doit être encore combattue.

Enfin si les douleurs iliaques spontanées ont cessé. La palpation permet de sentir le cæcum encore dur et légèrement sensible. En somme, amélioration nette; et si l'on tient compte du court laps de temps écoulé entre la date de l'intervention et le jour où nous avons pu revoir le sujet, tout nous permet de penser que l'état général ne saurait tarder à devenir meilleur.

OBSERVATION IV. — HOURTOULE (résumée).

A. A..., jeune femme de 21 ans, consulte la première fois en mars 1911. Douleurs, tiraillements dans la région lombo-iliaque droite, surtout après la marche et la fatigue. Rein mobile droit. On conseille le port d'une ceinture. Le 2 mai 1911, en même temps que les règles, douleur vive continue, paroxystique, surtout marquée à droite dans la région lombaire et la fosse iliaque droite. Hyperesthésie cutanée rendant la palpation impossible. Depuis quelque temps, du reste, anorexie, constipation opiniâtre, glaires et membranes dans les selles.

Entre le 8 mai dans le service du professeur agrégé Marion. Température 38°2. Le diagnostic d'appendicite est posé.

Le lendemain, ainsi que les jours suivants, amélioration et disparition de l'hyperesthésie locale. On note alors la persistance du rein mobile peu douloureux; de la résis-

tance et de la douleur à la pression profonde dans la région appendiculaire.

Le 26 mai: néphropexie et appendicectomie lombaire par le procédé habituel. Quelques adhérences au niveau de l'appendice.

La malade sort le 26 mai en bon état.

Revue, sa santé est satisfaisante, elle ne souffre pas. Il persiste seulement de la constipation.

OBSERVATION V. — HOURTOULE (résumée).

X..., 36 ans. Souffre depuis 1907 dans la région lombodominale droite. Peu à peu, s'est installée une constipation opiniâtre et rebelle. Douleur sourde dans la région lombaire et iliaque droite, irradiant dans la cuisse. La douleur est plus forte le soir et s'atténue par le repos au lit, réveillée cependant par des changements brusques de position.

A l'examen: rein mobile droit sans appendicite. Néphropexie par M. Marion, en janvier 1910.

Une amélioration suit l'intervention, mais la constipation persiste et, au bout de quelques semaines, les douleurs réapparaissent dans la fosse iliaque droite. Elles augmentent peu à peu avec élancements diurnes et nocturnes, puis apparition d'une crise subaiguë qui dure deux ou trois jours.

La région appendiculaire est empâtée et douloureuse; le rein est en bonne situation; selles glaireuses.

Appendicectomie le 25 avril 1912. Appendice adhérent avec inflammation chronique.

Amélioration notable de l'état général et de l'état nerveux. Seule, persiste une légère constipation.

OBSERVATION VI. — HOURTOULE (résumée).

F..., 21 ans, souffre, depuis quatre ans, dans le flanc droit. La douleur disparaît dans la position horizontale et est augmentée dans la station assise ou debout. Amaigrissement notable.

A l'examen, douleur allant du rebord costal à l'arcade crurale avec un maximum dans la région rénale et un second dans la région appendiculaire. Rein droit gros abaissé, sensible, franchit la ligne médiane.

Douleur très vive au point de Mac Burney. Il n'y a pas eu de crise d'appendicite, mais digestions mauvaises. Constipation sans signes nets d'enterocolite muco-membraneuse. La malade n'est pas nerveuse. Cœur normal. Poumons semblent en assez bon état, quoique la malade ait eu autrefois une atteinte légère du sommet gauche.

Le 23 avril 1912, appendicectomie lombaire et néphropexie droite. Suites opératoires normales. Amélioration complète.

OBSERVATION VII (in thèse MUTEL) résumée.

Mme R... L..., 38 ans, entrée salle Terrillon (service de M. le professeur agrégé Walther, à l'hôpital de la Nouvelle-Pitié), le 25 mai 1912 pour douleur dans le flanc droit et la fosse iliaque droite.

Antécédents héréditaires, probablement bacillaires. Son mari est bien portant, mais elle a perdu une petite fille de méningite, morte à l'âge de 11 mois.

Fièvre muqueuse en 1900 qui dure un mois. A partir de ce moment, s'enrhume et tousse l'hiver. Depuis 1902 surtout, rhumes fréquents avec points de côté, douleurs inter-scapulaires et lombaires. Pas d'hémoptisies.

Depuis la naissance de sa fille, il y a 14 ans, souffre des reins et surtout à droite. Un médecin, vu à ce moment, diagnostique une ptose rénale droite et conseille le port d'une ceinture.

De plus, troubles digestifs depuis fort longtemps. Depuis dix ans environ, douleurs continues, augmentées au moment de la digestion, localisées à la ligne médiane depuis la pointe de l'appendice xyphoïde jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Constipation. Selles seulement tous les cinq ou six jours, mais alors douloureuses, accompagnées de coliques, et souvent présence de peaux blanches dans les matières. Assez fréquemment, vomissements et crises aiguës douloureuses, s'étendant à tout l'abdomen.

Il y a un mois (février), crise aiguë d'appendicite avec fièvre; vomissements, douleurs abdominales siégeant à droite de l'ombilic.

Au 25 mars 1912, douleur vive à la palpation sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, et second point douloureux dans la fosse iliaque au niveau de l'appendice iléo-cæcal.

Le palper laisse sentir une masse arrondie, lisse, douloureuse, remontant facilement derrière le foie et qui semble être le rein droit abaissé et tombé dans la fosse iliaque.

Cœur normal. Poumons : frottements légers au sommet droit. Urines normales, ni sucre, ni albumine. Quantité variable.

Diagnostic: ptose rénale droite, entéro-colite et appendicite chez une bacillaire.

Opération le 29 mars 1912. Chloroforme après injection sous-cutanée de scopolamine-morphine.

Incision lombaire oblique en bas et en dehors. Extériorisation du rein qui est très bas dans la fosse iliaque. Il apparaît gros et congestionné et présente des stigmates de périnéphrite très adhérente.

Passage dans le parenchyme rénal de plusieurs ansees du catgut nouées deux à deux, puis incision du péritoine postérieur sur 7 à 8 centimètres.

Recherche de l'appendice. Il est adhérent, petit (6 centimètres), rétréci à sa partie moyenne et porte des traces de péritonite récente.

Appendicectomie; enfouissement du moignon dans le repli iléo-cæcal. Suture de la brèche péritonéale. Réduction du rein. Passage des fils rénaux dans la paroi.

Suites simples; quelques vomissements abolis par un lavage d'estomac. Au huitième jours, on retire les fils. Au dix-septième, la malade sort.

Revue le 5 mai, la malade présente encore quelques troubles digestifs, mais le cæcum est souple avec légère sensibilité à l'angle iléo-cæcal. Le rein est bien en place.

Le 25 juin 1912, bon état général. Un peu de sensibilité dans la paroi iliaque droite; mais disparition des migraines. Augmentation de quatre kilos depuis la sortie de l'hôpital, malgré des signes de bacillose pulmonaire en évolution.

OBSERATION VIII (Personnelle)

(Cette observation est celle d'une malade récemment entrée dans le service du professeur agrégé Rieffel à l'hôpital Saint-Louis. Le rein mobile passe ici tout à fait au second plan.)

Mme M..., 31 ans. Un enfant il y a 7 ans; une fausse-couche il y a cinq ans. Grossesse et accouchement normaux.

La malade entre dans le service parce qu'elle souffre des deux côtés du ventre depuis 5 mois environ et parce que, depuis une dizaine de mois, ses règles sont beaucoup plus abondantes. Pertes blanches légères.

Toutefois, il n'y a pas de constipation.

A l'examen, on note une douleur sourde réveillée par la palpation profonde, siégeant nettement au point de Mac Burney.

En explorant la région lombaire, on note l'ectopie du rein droit. On sent sa moitié inférieure très facilement.

Toutefois, l'examen génital s'accompagne de symptômes positifs traduisant des lésions légères.

Le col utérin, gros et mou, est entr'ouvert, admettant l'index. Le corps est augmenté de volume, légèrement douloureux.

La rompe droite est perceptible et l'examen révèle à son niveau une douleur du reste peu accusée. A gauche, sensibilité annexielle, moins marquée encore, sans qu'on puisse sentir d'empâtement des culs-de-sac vaginaux, ni d'augmentation du volume des annexes.

On porte le diagnostic d'appendicite avec métrite et salpingite légère chez une femme porteur d'un rein mobile.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que la ptose rénale et même l'appendicite sont restées inaperçues de la malade et que l'appendicite chronique cliniquement indéniable s'accompagne du minimum de symptômes.

DIAGNOSTIC

Des faits énumérés et des considérations énoncées dans les précédents chapitres, se dégage la notion de la grande difficulté du problème diagnostique dans une bonne partie des cas.

Car si le diagnostic du rein mobile semble banal à poser, en raison même des signes physiques qui en permettent l'affirmation; sa coexistence avec une appendicite chronique vient compliquer singulièrement la tâche du clinicien, surtout si l'on essaye de démêler les rapports qui unissent les deux affections.

C'est pourquoi, en présence de ces cas associés, et que pratiquement on rencontre dans la presque majorité des faits (Edebohls, puis Manton, admettent une proportion de 5,5 p. 100 de femmes présentant des signes de la lésion intestinale avec rein mobile concomitant), il convient d'étudier les diverses grandes catégories de types cliniques qu'on peut rencontrer, et de fixer une technique chirurgicale, en règle simple, qui permet de traiter en même temps les deux lésions..

Le diagnostic s'appuiera donc sur les signes fonctionnels et physiques: constatation manuelle de la ptose rénale, détermination du point douloureux appendiculaire bien localisé; tels sont les deux types de symptômes, pour ainsi dire indiscutables et qui entraînent le diagnostic. Mais nous verrons que les faits sont loin de se présenter aussi schématiques à l'examen du malade.

Toutefois, il nous sera possible d'écarter aisément, dans la plupart des cas, des lésions qui pourraient égarer le chirurgien.

La colique hépatique avec sa localisation douloureuse, ses irradiations au membre supérieur et à l'épaule du côté droit, ses vomissements, les troubles digestifs qui l'accompagnent, les altérations du pouls, et surtout l'ictère, puis la pigmentation des urines et la décoloration des matières qui peuvent s'y rattacher, sera d'une élimination relativement facile.

De même, un syndrome de colique vésiculaire avec son point douloureux bien caractérisé et sa localisation précise.

D'autre part, c'est à des crises gastriques tabétiques que l'examen approfondi du malade nous ramènera, évitant de confondre avec un syndrome appendiculaire.

Mais plus délicat est le problème, quand il s'agit de crises intestinales du tabes et c'est l'examen serré du malade qui nous permettra d'éviter l'erreur. Les douleurs fulgurantes qu'on pourra retrouver éloignées et courtes, les troubles moteurs légers, le signe d'Argyll-

Robertson, le signe de Westphal, l'ébauche de Romberg, la recherche attentive des antécédents, et enfin les examens de laboratoire surtout réaction de Wassermann arriveront à nous mettre sur la voie.

De même pourrait-on confondre avec une affection gastrique, ulcus en évolution, et surtout quand il s'agit de ces petites fissures où les grands symptômes tels que l'hématémèse et la douleur en broche manquent ou passent inaperçus, seulement accusés par des troubles digestifs vagues et imprécis.

Il n'est pas jusqu'à certaines crises de pancréatite qui peuvent quelquefois nous induire en erreur.

Enfin, la colique néphrétique avec la symptomatologie bruyante, la douleur violente qui la manifeste, l'anxiété extrême du sujet, l'oligurie puis l'hématurie fréquente, mais non absolue, pourrait s'imposer à l'esprit dans quelques cas. A côté d'elle il faut signaler les états lithiasiques moins nettement caractérisés et qui commandent l'examen du rein.

Nous ne saurions nous appesantir davantage sur cette question et examiner tous les diagnostics différentiels des deux affections.

Toutefois, les voies génitales chez la femme tiennent une place si importante, qu'il faut y insister. L'examen consciencieux de la malade permettra presque toujours de remonter à la cause; et dans quelques faits, le diagnostic de rein mobile et d'appendicite chronique se dégagera dans la multiplicité des signes sur lesquels la malade attire l'attention.

Le diagnostic différentiel entre le rein mobile et

l'appendicite chronique est souvent bien plus délicat. Les signes fonctionnels sont les mêmes et ce sont les signes physiques seuls qui permettront de remonter à la source. Et encore, quelquefois, serons-nous obligés de rester dans l'expectative, ne pouvant affirmer d'une façon précise qui de l'une ou de l'autre des deux affections constitue la cause déterminante de tout le cortège symptomatique. Il faut rappeler en effet que dans certains cas le rein mobile s'accompagne de crises pseudo appendiculaires dont le diagnostic est des plus délicats. Des causes d'erreur sont nombreuses ici, et si le traitement chirurgical du rein mobile a pu améliorer et même guérir les troubles intestinaux, il est des cas où, comme l'a bien montré le professeur Legueu, le chirurgien surpris a dû recourir à une seconde intervention — l'appendicectomie — pour faire disparaître tous les troubles.

Aussi, certains auteurs n'ont-ils point hésité à affirmer que non seulement la coexistence des deux affections est des plus fréquentes, de 80 à 90 p. 100, d'après Edebohls, mais encore que l'appendicite chronique reste un des principaux, sinon le principal symptôme du rein mobile. Le chirurgien américain pousse encore plus loin son raisonnement et il en arrive à poser nettement ce principe que l'appendicite chronique, « en raison des douleurs qu'elle entraîne, de l'atteinte qu'elle porte à l'état général et de la possibilité dangereuse d'une crise aiguë, doit être considérée comme la plus importante complication du rein mobile. » Il

y aurait, pour lui, entre ces deux états pathologiques, relation de cause à effet.

Examinons donc les divers symptômes des deux affections et envisageons-les en détail. Dans toutes les observations, c'est la douleur qui est le premier facteur et qui amène le malade à consulter. Nous ne saurions revenir sur ses caractères que nous avons décrits aux symptômes, recherchons seulement quels sont les éléments différentiels que peut nous fournir son attentif examen.

Plus sourde, dans le rein mobile en général, plus continue, moins lancinante et moins vive qu'au cours de l'appendicite, on arrivera à la localiser à la région lombaire. Elle est presque toujours calmée, ou au moins considérablement atténuée par le décubitus horizontal et le repos prolongé au lit. La réduction de l'organe ectopié lui apportera souvent un soulagement marqué. Dans l'appendicite, au contraire, la souffrance est plus vive, plus accusée, continue avec exacerbations capricieuses et paroxysmes ; mais le chirurgien arrivera à en spécifier le point de départ, et la palpation lui montrera objectivement son origine appendiculaire. C'est l'appendicalgie de Guinard qui peut réapparaître dans le décubitus dorsal et réveiller le malade : quand il s'est endormi dans une position spéciale qu'il apprend à bien connaître. Toutefois, quelques soient les irradiation, au membre inférieur surtout, quelqu'en soit leur violence, on devra toujours rechercher ce que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu appelait « le nid » dans la région iléo-cœcale et qu'on trouvera objectivement

quand la violence des douleurs irradiées permettra un examen soigneux.

La tumeur elle-même peut prêter à confusion.

Soit que le rein descende dans la fosse iliaque, soit qu'on ait à faire à un sujet particulièrement difficile à examiner. Mais ici encore, la tumeur, d'origine appendiculaire est dans la plupart des cas plus marquée. La palpation révèle une douleur et une contracture de défense moins accusée dans la néphroptose. De plus, on examinant bien, il est rare d'avoir une localisation absolument superposable de la masse sentie, quand il s'agit du rein mobile ou de l'appendicite. Et bien que les cas de tumeur siegeant au-dessus de la ligne ombilico-iliaque se rencontrent quelquefois au cours d'appendicite, sa fixité même, par rapport aux mouvements respiratoires en particulier, sa constatation au niveau ou aux environs de l'implantation appendiculaire, feront penser davantage à la lésion intestinale qu'à l'ectopie rénale. Il faut rappeler enfin que dans ce cas, la radioscopie pourrait fournir d'utiles renseignements.

Mais si le diagnostic est déjà très difficile dans bien des faits observés, quand les deux lésions se trouvent concomitantes, il devient impossible, pourrait-on dire, quand le malade est en état de crise. C'est un fait que le professeur agrégé Marion a bien dégagé, et dans ces cas l'examen le plus minutieux, en ce qui touche les signes fonctionels, ne peut nous apporter aucun argument. Nous ne saurions invoquer ici la recherche des signes physiques; elle est à peu près nulle, rendue impossible par la douleur et l'hypéresthénie cutanée. Res-

tent donc les anamnestiques de peu de valeur du reste, et surtout les signes généraux.

Dans quelques cas il faudra recourir à un examen sous anesthésie au toucher rectal, qui peut donner quelques renseignements.

Mais l'étude du pouls, de la température et de l'état général va nous mettre sur la voie du diagnostic.

Dans l'appendicite, le malade est plus abattu, prostré, sa température est plus élevée et subit des oscillation qu'on rencontre beaucoup plus rarement dans le rein mobile. Peut-être l'examen du sang pourrait-il fournir un renseignement d'une certaine valeur.

Enfin, au cours d'un étranglement rénal, le malade peut présenter des envies d'uriner fréquentes, qui manquent complètement dans l'appendicite.

Quelquefois nous serons obligés d'admettre la concomittance des deux lésions sans qu'il soit permis de débrouiller autre chose dans les divers symptômes que nous pourrions relever. La grande difficulté, au cours de ces crises, réside dans ce fait que le chirurgien peut et doit se demander s'il ne s'agit pas là d'appendicite aiguë au cours d'appendicite chronique et si l'intervention ne présente pas d'indication urgente.

Le traitement chirurgical s'imposera donc dans bien des cas et souvent il sera possible de fixer le rein et d'assurer l'ablation de l'appendice.

Les indications en ont été bien précisées par le professeur Legueu. Sans aller avec Edebohls jusqu'à pratiquer l'appendicectomie systématiquement au cours de la néphropexie droite, méthode qui du reste lui a donné

quelques échecs, on doit chercher en présence de cette intervention relativement simple, à appliquer un procédé facile à exécuter dans bien des cas.

Avec le professeur Legueu, nous admettrons qu'on doit faire l'appendicectomie au cours de la néphropexie toutes les fois que la chose est simple, mais que dès que les difficultés surgissent : Adhérences appendiculaires, situation anormale ; il faudra se garder d'insister et il vaudra mieux alors pratiquer une seconde intervention et aller à la recherche de l'appendice par voie abdominale suivant les techniques courantes.

En pratique, le problème se posera différemment, ou bien il s'agira d'un rein mobile peu accessible, à symptomatologie peu marquée, avec appendicite chronique nette. Faire l'ablation de l'appendice, traiter le rein mobile par le port d'une ceinture, tel est l'avis auquel se rangent bien des chirurgiens comme le professeur agrégé Walther et Ely en particulier.

Ou bien on trouve un rein mobile net avec des signes peu marqués d'appendicite chronique.

Enfin, reste le cas de rein mobile avec appendicite chronique très caractérisée.

L'intervention portant sur les deux organes s'impose dans ces cas, en tenant compte de la réserve faite par le professeur Legueu quand on aura à s'occuper de malades rentrant dans la troisième catégorie.

Avant d'étudier la technique que nous avons employée, nous tenons à rappeler dans ses grandes lignes l'anatomie de la région lombo-iliaque.

Le rein est situé dans la fosse lombaire, au-devant

de la paroi abdominale postérieure, sur le côté de la colonne vertébrale, répondant en projection par rapport au squelette au flanc de la douzième vertèbre dorsale et des deux premières lombaires, qui constituent les vertèbres rénales de Récamier. Mais il peut les déborder atteignant la onzième dorsale et la troisième lombaire. Somme toute il se projette dans le cadre osseux formé par les deux dernières côtes, la colonne lombaire et la crête iliaque.

Le péritoine tapisse son flanc antérieur, l'accolant à la paroi abdominale postérieure et sans adhérer à son tissu. Quelquefois il peut exister un véritable mésopéritonéal du rein, mais ce sont là des cas rares. Plus souvent, la séreuse vient décrire un cul de sac latéral assez profond, ébauche de méso.

La glande est entourée de sa capsule adipeuse surtout développée en arrière, comprise elle-même dans la capsule fibreuse, fascia périrénal, surtout épais en arrière où il constitue le ligament de Zuckerkaudl.

Nous n'insisterons nullement sur la constitution des éléments musculo-aponévrotiques dont la superposition constitue le plan postérieur, la paroi lombaire.

Nous rappellerons seulement que l'appendice, dans sa situation normale appendu au cæcum, situé dans la fosse iliaque interne répond à peu près à une verticale, passant par le point qui joint les deux tiers antérieurs au tiers postérieur de l'os iliaque, et, en hauteur, à une ligne horizontale, menée par le point correspondant au quart ou même au cinquième supérieur de l'os des îles à son union avec les trois autres

quarts ou les quatre cinquièmes inférieurs. Il est situé dans la cavité péritonéale, hors de laquelle, comme nous venons de le voir, est logé le rein.

La technique consistera donc essentiellement à prolonger la ligne d'incision d'accès sur le rein jusque vers la crête iliaque.

La position de l'opéré est celle qu'on fait prendre pour toutes les interventions sur la région lombaire; c'est la position classique en décubitus latéral sur le côté sain. On prendra soin surtout de soulever le flanc du côté sain, par un cylindre ou un sac de sable, ou bien encore des alèzes roulées entrant bien dans l'échancrure costo-iliaque et d'une hauteur suffisante pour déterminer la saillie du flanc opposé.

Le premier temps consiste dans l'incision cutanée.

C'est l'incision oblique de Morris, de Le Dentu, de Kœnig, d'Israël, commençant à quatre travers de doigts environ des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, à la hauteur de la douzième côte.

Elle part du bord externe de la masse sacro-lombaire, dans l'angle que forme cette saillie musculaire, avec la douzième côte.

Il faut empiéter légèrement sur la côte.

L'incision doit être prolongée obliquement en bas et en avant jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque. Elle s'arrêtera en un point qui correspond à l'union du tiers moyen et du tiers antérieur de la crête. Il n'est pas nécessaire de prolonger davantage la section cutanée.

Dans un deuxième temps, nous sectionnerons la paroi aponévrotique.

1° A la partie supéro-interne de l'incision, il faudra couper les fibres inférieures du grand dorsal qui se dirigent obliquement de bas en haut et de dedans en dehors.

2° A la partie inféro-externe de l'incision, on découvrira les fibres postérieurs du grand oblique, qui descendent obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, de la douzième côte vers la crête iliaque. Il n'est nullement indispensable de les sectionner et chez deux de nos opérées, nous n'avons pas eu à le faire. Nous nous bornerons donc à rester dans le triangle de Jean-Louis Petit, sans franchir ses limites antérieures.

Sous le grand dorsal on va découvrir le petit oblique, dont les faisceaux sont dirigés obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. On sectionnera le muscle en dehors du bord externe du carré des lombes, dont il faudra autant que possible respecter la gaine.

Nous découvrirons ensuite le transverse de l'abdomen encore aponévrotique. Il faudra le sectionner de haut en bas et de dedans en dehors, mais très doucement, de façon à ne pas léser le nerf grand abdominogénital.

Le nerf est, en effet, d'abord antérieur à l'aponévrose d'origine du muscle transverse, à la hauteur de l'apophyse costiforme de la troisième vertèbre lombaire, il ne va pas tarder à perforer cette aponévrose, un peu au-dessus de la crête iliaque, et à cheminer entre le transverse et le petit oblique.

Nous trouvons alors, sous une couche superficielle, la lame de Zurckerkandl qui se prolonge en dehors avec le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Dans un troisième temps il faudra ouvrir la cavité péritonéale et aller à la recherche de l'appendice.

Pour ce faire, à la partie inféro-externe de l'incision, on place une écarteur sur la lèvre antérieure. Cet écarteur va soulever le péritoine pariétal entre le colon ascendant et la paroi latérale.

On saisit alors le péritoine dans une pince et on le divise dans le seul tiers inférieur de l'incision. On place alors quatre pinces, une à chaque extrémité, et une autre sur chaque lèvre péritonéale. Puis on amène le cœcum à l'aide d'une pince longue et l'appendice apparaît s'il n'est pas adhérent. S'il existait de faibles adhérences dans la fosse iliaque, on introduirait le doigt qui doit suffire à les rompre. Il ne faut pas en effet oublier qu'il s'agit là d'une manœuvre aveugle et obscure et qu'on ne saurait prolonger. Délibérément il nous faudra l'abandonner si l'appendice était par trop adhérent ou en situation basse par rapport au cœcum. Car il faut pouvoir refermer la cavité péritonéale sans drainage.

La ligature du méso-appendice, l'enfouissement du moignon nous ont toujours paru très faciles.

Enfin, on terminera par un surjet au catgut sur le péritoine.

Le quatrième temps nous ramène à l'intervention rénale. Il consiste dans la section du ligament lombocostal en assurant toutes les précautions d'usage. On

fera la ligaure des deux bouts de l'artère intercostale, puis on ouvrira la capsule

Dans le cinquième temps nous ferons la dénudation du rein, prenant bien garde aux artères anormales. (Circulation sanguine du rein. Ch. Villandre. *Progrès Médical*, 1913, n° 11).

La décortication de la glande, la taille des lambeaux capsulaires, suivant la technique d'Albarran et la fixation du rein ptose, constituent le sixième temps.

Il ne nous reste plus qu'à fermer l'incision lombaire; c'est le septième temps. Il faudra veiller à ne point mettre de ligature sur le nerf abdomino-génital. Les sutures seront faites au catgute et sur la peau aux crins. Les agrafes sont complètement à rejeter, car outre qu'elles ne tiennent point, elles sont la cause de douleur pour les malades.

Enfin, et nous insistons sur ce fait, on ne draine pas.

Le malade, ramené dans son lit, doit y rester dans la position horizontale absolue pendant quinze jours.

Les suites sont normales et chez nos trois opérées, aucun incident n'est venu en troubler le cours.

CONCLUSIONS

- I. — La coexistence du rein mobile et de l'appendicite chronique est assez fréquente ; surtout quand il s'agit de néphroptose droite. Au contraire, si le seul rein gauche est ectopié, — ce qui est une rareté — le retentissement sur l'appendice n'existe pour ainsi dire jamais.
- II. — Cette double affection se rencontre d'une façon nettement prédominante chez la femme. En raison même de toutes les causes étiologiques : grossesses, accouchements, tumeurs abdominales, connexions appendiculo-annéxielles, on s'expliquera la rareté des observations des cas relevés chez l'homme.
- III. — Les lésions sont presque toujours banales, Péri-néphrite plus ou moins accentuée. Rarement lésions macroscopiques de l'appendice, brides ou coudures. Plus souvent, le microscope seul nous permettra de déceler son atteinte en règle peu considérable. Altérations glandulaires, ou vasculaires, ou sclérose des tuniques.

IV. — Le diagnostic parfois difficile, doit même en cas douteux nous amener à pratiquer l'appendicectomie par voie lombaire. C'est une opération qui n'offre pas grande difficulté, dont les résultats semblent avoir toujours été satisfaisants, si l'on prend soin d'associer les deux interventions quand aucune particularité spéciale ne vient entraver l'acte opératoire.

V. — En cas de poussée appendiculaire aiguë ou subaiguë et entraînant un traitement chirurgical propre, ne pas s'occuper du rein. On aura tout avantage à le traiter lors d'une seconde intervention; dans le cas où l'appendicectomie elle-même n'a pas apporté une amélioration suffisante à l'état du sujet, on ne fera alors une néphropexie que si le port d'une ceinture n'arrive pas à maintenir le rein mobile et à le rendre supportable. A moins, bien entendu, qu'il ne s'agisse d'une intervention commandée par une complication grave (torsion du pédicule, hydronéphrose et ses complications).

Vu : Le Président de Thèse.

POZZI.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Université de Paris,
L. LIARD.

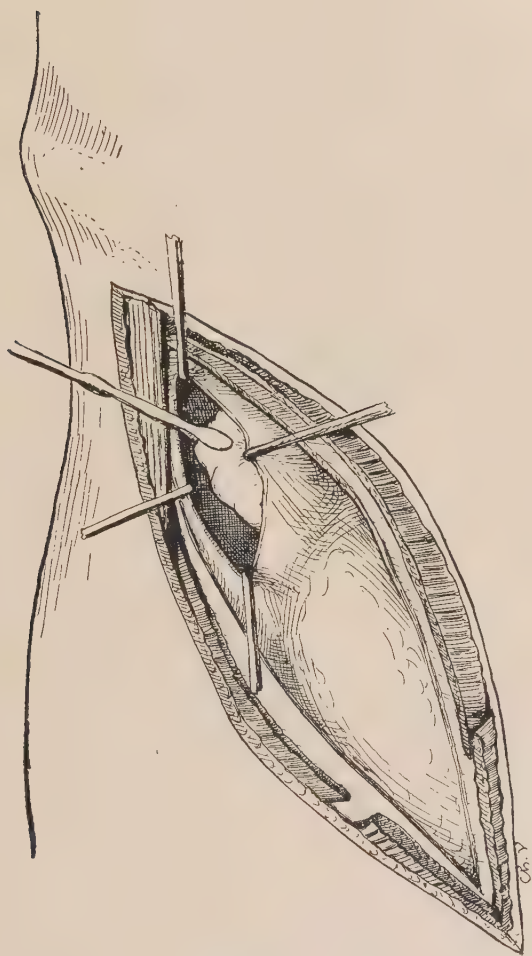


Fig. 1

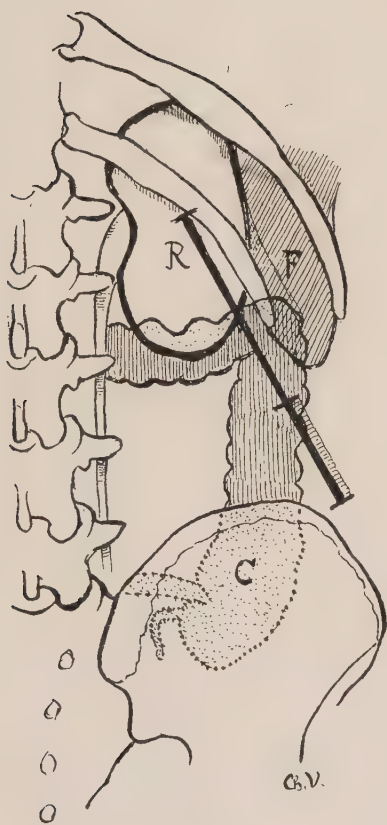


Fig. II

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie.
- BALDWIN. — Journal of the American medical Association, Chicago, 1899.
- BAZY. — Bulletin médical, 1901, n° 55.
- BELL. — Lancet-London, II.
- BLAND-SUTTON. — Clinical repord, 1899-1900.
- CORNER. — Medical Press and Circular London, 1908.
- DEBOVE. — Presse médicale, 1904.
- DELBET. — Clinique, 1911.
- DIAKONOF. — Khirurgia Moscou, 1908.
- American Journal of the medical sciences, may 1894.
- EDEBOHLS. — American Journal of Obstetrics, New-York, 1895. Zentral Blatt für Gynaekologie, Leipzig, 1898. Post Graduate, New-York, 1899. Medical Repord, March, 1899. (the relations of movable Kidney and appendicitis to eachother and to the practice of modern Gynekology). Annals of Surgery, 1902. (The technique of Nephropexy as an operation

per se, and as modified by combinaison with lombar Appendicectomy).

ELEG. — American Journal Obstetrics, New-York, 1909.

ENRIQUEZ. — Traité de médecine Berge Enriquez Laffite Lamy.

GIBBONS. — Medical News, 1901.

GUINARD. — Traité de Chirurgie, Le Dentu et Delbet.

HADRA. — Zentralblatt für Gynaekologie, Leipzig, 1899.

LOURTOULE. — Journal d'urologie médicale et chirurgicale, décembre 1912.

A.-W. IZARD. — Saint-Barthélemy's hospital report, London, 1903-1904.

JALAGUIER. — Traité de chirurgie, Duplay-Reclus.

LOUPHEAR. — American Journal of Surgery and Gynecology, 1901.

LEGUEU. — Revue internationale de médecine et de chirurgie, 1905.

— Presse médicale, 1908.

— Revue générale clinique et thérapeutique, 1910.

LEGRY. — Manuel de médecine Debove-Achard.

LEVEN. — Journal de médecine de Paris, 1911.

MAC ROE. — New-York médical Journal, 1901.

MANTON. — American Gynecology, New-York, 1904.

MARION. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, t. XXV.

MÉDOT. — Thèse Paris, 1912.

MUTEL. — Thèse, Paris, 1912.

NOBLE. — Journal of the American medical Association, 1900.

O. BRIEN. — Saint-Paul medical Journal, t. VIII.

PRON. — Clinique, 1910.

RÉCAMIER. — Thèse, Paris, 1889.

TUFFIER. — Traité de chirurgie Duplay-Reclus.

TAYLOR. — Clinical Journal, London, t. XXIV.

WATSON. — Medical and Chirurgical repord Boston city Hos
pital, 1896.

WAHLTER et SILHOL. — Journal de médecine interne de Paris,
1911.

CH. VILLANDRE. — Circulation sanguine du rein, Presse médi-
cale, 1913, n° 11.

VON WOLFF. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1897.
